DIAGNOSTIC

N° 172.

DE QUELQUES MALADIES DU POUMON

ET DE SES ANNEXES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 10 *juillet* 1833, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR J.-D.-ERNEST PUTEGNAT, de Lunéville,

Département de la Meurthe;

Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris; ès-lettres de celle de Nancy; Élève des hôpitaux, remplissant les fonctions de chef de clinique à la Pitié.

Quis leget hæc.... vel duo.... vel.... nemo, herculè?

PERSII sat. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA, Suppléant.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
athologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Examinateur.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Examinateur.
	CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart, Examinateur.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Suppléant.	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas, Examinateur.	Sanson (aîné).
Dublrd.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PATRI ET MATRI.

Silentium facundius verbis.

J.-D.-E. PUTEGNAT.

Doctori PIORRY,

Medico Salpêtrière; Professori ad interim, etc.

GRATUS DISCIPULUS,

J.-D.-E. PUTEGNAT.

DIAGNOSTIC

DE QUELQUES MALADIES DU POUMON

ET DE SES ANNEXES.

Bronchite.

L'invasion de la bronchite est ordinairement précédée de frissons, de lassitudes, de malaise, d'inappétence, d'un sommeil troublé, de céphalalgie, de rougeur de la face, et surtout de coryza : rarement voit-on manquer cette dernière affection. Le malade, qui est plus ou moins enroué, perd l'odorat et le goût; sa bouche devient pâteuse, sa langue se couvre d'un enduit blanc et douceâtre; ses urines sont rares et de couleur foncée; sa peau, chaude, se couvre d'une légère moiteur; le pouls s'accélère et se développe. Comme dans toutes les phlegmasies, ces symptômes redoublent le soir. Quand le malade est affaibli, soit par l'âge, soit par toute autre cause, la réaction est moins forte.

L'intensité de la douleur varie suivant celle de l'inflammation : quand celle-ci est légère, la malade ressent seulement de la sécheresse et de l'âpreté derrière le sternum La bronchite est-elle très-

aiguë? il se plaint de chaleur et de déchirement dans la trachée-artère, derrière le sternum, et quelquefois dans toute la poitrine. Souvent, à la suite de violentes quintes de toux, qui augmentent aussi la céphalalgie, la douleur se propage sur tout le trajet des attaches du diaphragme, et même à l'épigastre : de là, des nausées et même des vomissemens. La respiration est fréquente, vite, petite, chaude, et parfois râlante, surtout chez l'enfant. Ordinairement le malade n'est qu'oppressé ; cependant la dyspnée peut s'élever à un haut degré, soit lentement (dans ce cas, la muqueuse bronchique se tuméfiant peu à peu, finit par rétrécir un ou plusieurs tuyaux bronchiques), soit subitement, ce qui arrive lorsque ceux-ci viennent à se remplir de mucosités.

Au degré le plus faible de la bronchite, il y a un peu de toux, quelquefois legèrement douloureuse. Mais la maladie est-elle très-aiguë? son principal et plus douloureux symptôme est une toux vive, revenant par quintes, accompagnées quelquefois de vomissemens : le rire, les cris, et surtout l'impression subite d'un air froid, en provoquent le retour. Au début, elle est sans expectoration (à moins que le malade n'y soit naturellement sujet) ; mais, après un temps plus ou moins long, qui varie suivant la disposition individuelle et le degré de l'inflammation, elle est suivie de crachats.

Vers le deuxième ou troisième jour de la maladie, il y a expectoration, souvent laborieuse et convulsive, d'une mucosité rare, claire, transparente, aérée, très-tenace, et d'autant plus visqueuse que l'inflammation est plus vive ; quelquefois elle est sillonnée par des stries de sang ; jamais le mucus ne se trouve intimement mélangé avec ce dernier. (Voyez *Pneumonie.*) La saveur des crachats est variable ; tantôt elle est fade, tantôt elle est âcre ou salée. Plus on s'éloigne du début de la maladie, plus l'expectoration devient facile (à moins qu'il n'y ait récrudescence) ; la toux, qui est grasse, est suivie de crachats opaques, blancs, jaunes ou verdâtres (crachats cuits), qui, diminuant peu à peu, finissent par disparaître. Le plus communément, ils sont inodores et insipides ; mais, quand ils accompagnent une di-

latation des bronches, ils sont souvent d'une fétidité extrême : dans ces cas aussi ils peuvent être nummulaires. A une percussion légère ou forte, on reconnaît que le thorax conserve sa sonoréité et son élasticité. Si une ou plusieurs bronches superficielles viennent à être fortement dilatées, on conçoit que la sonoréité devrait être plus grande que dans l'état normal, et cependant le contraire a lieu.

Tous les symptômes précédens, tels que le mal-être, le coryza, la fièvre, la toux et l'expectoration, ne sont pas véritablement pathognomoniques. La percussion jointe à tous ces symptômes en fournissant un, voyons si le sthétoscope ne nous en donnerait point d'autres.

Suivant que la sécrétion du mucus est établie ou non, que l'inflammation siége dans de plus ou moins gros tuyaux bronchiques, et que la muqueuse est plus ou moins tuméfiée, les signes qu'offre l'auscultation sont différens. Lorsque la toux est sèche, on peut rencontrer la faiblesse et même l'absence du bruit respiratoire dans des portions plus ou moins étendues du poumon ; d'autres fois on reconnaît à ce dernier le caractère puéril. On entend en même temps un sifflement et un murmure sonore désignés par *Laennec* sous les noms de *râle sibilant, râle sonore.* Celui-ci est d'autant plus grave et sonore qu'il y a moins de sérosité sécrétée, et que la membrane interne des gros tuyaux bronchiques est plus épaisse : dans ce dernier cas, il imite assez le bruit d'un coup d'archet sur une corde de violoncelle. Quant au râle sibilant, qu'on a comparé aux chants des oiseaux, il offre une grande mobilité : c'est ainsi qu'on le voit disparaître pour un temps plus ou moins long, et souvent sans cause appréciable, puis se montrer brusquement avec une intensité plus ou moins grande que celle qu'il avait d'abord : il se produit dans les petites bronches. L'oreille est-elle appliquée là où se trouve une dilatation bronchique vide? on entend un souffle plus ou moins fort, que nous décrirons à l'article *Phthisie.*

A mesure que la sécrétion s'établit, ces râles deviennent plus humides ; ils changent de caractère ; ils ressemblent aux bruits que pro-

duisent de grosses ou de petites bulles d'air qui viennent crever à la surface d'un liquide. Ce sont là les râles muqueux (*Laennec*), ou bronchiques humides (*Andral*) et sous-crépitant. Ils sont produits par le passage de l'air à travers les mucosités accumulées dans les bronches. Dans les bronchites légères, on ne les perçoit guère qu'avant l'expectoration du matin. Le râle sous-crépitant se forme dans les dernières ramifications bronchiques, et le muqueux dans les grosses bronches. Existe-t-il une ou plusieurs dilatations dans celles-ci? ce dernier est à grosses bulles : il prend alors le nom de *gargouillement*, ou *râle caverneux ;* il alterne avec la pectoriloquie. (Voyez *Phthisie.*) Appliquée sur la poitrine, la main peut servir à apprécier divers râles : c'est ainsi qu'elle éprouve une sorte de frémissement, semblable à celui qui est produit par les vibrations d'une corde, lorsque le rhunchus a lieu dans une bronche superficielle. Le râle indique le siége et l'étendue de la maladie. Le cas est toujours grave quand il s'entend dans toute l'étendue d'un poumon ou dans la plus grande partie des deux.

Emphysème.

L'emphysème débute souvent dans l'enfance, époque de la vie où l'expectoration se fait à peine. Sa cause ordinaire est l'inflammation de la muqueuse bronchique; les symptômes de son début sont donc ceux de la bronchite. Quand la lésion du poumon est peu intense, l'habitude du corps et la couleur de la peau ne présentent rien de particulier. La maladie est-elle portée à un haut degré? la peau prend un aspect terreux, violacé; les lèvres, grosses et gonflées, deviennent bleuâtres (*Laennec*). Tous ces symptômes dépendent évidemment d'un embarras de la circulation : aussi rencontre-t-on souvent dans cette affection une maladie du cœur. La chaleur de la peau, et la fréquence du pouls, qui est régulier, ne se manifestent que lorsqu'il y a concomitance d'une autre maladie. Il n'y a point de sueurs; chez certains sujets, les membres inférieurs deviennent œdé-

mateux. Sur dix-huit sujets, douze se plaignirent de douleurs, et dix fois la douleur siégea là où était l'emphysème (*Louis*). La dyspnée, ainsi que la toux, est moins un symptôme de l'emphysème que de la lésion dont cet emphysème est la suite. Habituelle, elle augmente par accès et sous l'influence d'un grand nombre de causes. Parmi celles-ci, *Laennec* cite le travail de la digestion, l'habitation des lieux élevés, l'action de courir, etc. D'abord rares pendant les premières années, ces accès, à mesure que la maladie devient invétérée et le malade âgé, se rapprochent et acquièrent de la gravité.

Tous les malades sont sujets à une toux habituelle, tantôt rare, peu forte et sèche, ou suivie seulement de l'expectoration d'un peu de mucus grisâtre, très-visqueux et transparent; tantôt plus forte, revenant par quintes, et amenant des crachats muqueux (*Laennec*).

Les deux poumons sont-ils emphysémateux? la percussion donne un son très-clair dans toute l'étendue de la poitrine, qui, en même temps, est bombée en avant et en arrière. Cette sonoréité et cette forme globuleuse sont d'autant plus sensibles que la maladie est portée à un plus haut degré. Un seul l'est-il? c'est seulement de son côté que ces symptômes se rencontrent. Ces caractères ne deviennent pathognomoniques qu'autant qu'on les réunit à ceux que fournit l'auscultation.

Si l'on applique l'oreille sur la poitrine, on n'entend qu'une respiration très-faible; et, si le mal est porté à un haut degré, on ne l'entend plus dans la plus grande partie de cette cavité : on reconnaît en outre deux râles, le *sibilant* et le *crépitant sec.* Le premier, qui est l'indice du déplacement des crachats, manque souvent : il s'entend surtout dans les profondes inspirations. Le second est sec, à grosses bulles; c'est un véritable craquement : *Laennec* le regarde comme pathognomonique. Lorsque les vésicules dilatées forment des saillies considérables ou que l'emphysème est interlobulaire, le bruit d'un frottement ascendant et descendant est manifeste pour le médecin et pour le malade. Nous aurons occasion de voir que ce symptôme se

rencontre encore dans une autre maladie ; mais tous ces symptômes ne se présentent que dans un degré très-élevé de l'emphysème, en sorte que son diagnostic, à son début, est difficile.

La grande sonoréité du thorax, la longue et quelquefois même permanente suspension de la respiration là où se trouve la sonoréité, jointes au râle crépitant sec à grosses bulles et quelquefois sibilant, et à la forme globuleuse du thorax, sont les symptômes qui empêchent de confondre cette maladie avec une autre.

Pneumonie.

La pneumonie s'annonce de plusieurs manières :

Très-souvent tout à coup, frisson, bientôt suivi d'un point de côté, ou point de côté sans frisson; d'autres fois, toux plus ou moins intense avec fièvre : chez plusieurs malades atteints de bronchite, elle se montre ou par un point pleurétique ou par une oppression subite. On doit se méfier d'une bronchite assez aiguë pour être accompagnée de fièvre et d'oppression. Dans quelques cas rares, aux symptômes d'une fièvre inflammatoire on voit succéder la toux, accompagnée de dyspnée, mais sans frisson ni point de côté; chez les phthisiques et les anévrysmatiques, la dyspnée seule est le signal de son invasion.

Aussitôt une fièvre intense s'allume, la peau devient chaude, la face se colore; très-souvent il y a de la céphalalgie; le pouls s'accélère, terme moyen il donne 100 pulsations par minute ; il est large et souple dans le plus grand nombre des cas ; sa grande fréquence, qui est toujours en raison directe de celle des mouvemens inspiratoires, annonce le danger de la maladie. Chez Duchosel (salle Saint-Joseph, n°. 3, clinique de la Pitié), atteint d'une pneumonie droite au troisième degré, on compta la veille de sa mort 120 pulsations et 64 respirations par minute. La langue est ordinairement humide et couverte d'un enduit blanchâtre; je l'ai vue plusieurs fois noire et fendillée. La bouche est pâteuse et amère, la soif vive, l'appétit nul ;

quelquefois il y a des vomissemens. Le sang tiré de la veine est presque toujours recouvert d'une couenne d'une épaisseur et d'une couleur variables. L'urine rouge laisse un dépôt briqueté. Il se forme des congestions vers le cerveau; de là, céphalalgie et quelquefois coma, que *Laennec* regarde comme un signe de mauvais augure; suivant lui, le délire furieux est moins redoutable. Je viens de recueillir à la clinique de la Pitié l'observation d'un malade (salle Saint-Joseph, n°. 6) atteint d'une pneumonie double, qui délira pendant plusieurs jours et guérit.

Le décubitus fut toujours dorsal ou diagonal vers le côté malade, mais plus souvent dorsal, dans plus de vingt cas de pneumonies que je viens d'observer.

N'existant que lorsqu'il y a pleuro-pneumonie, ce qui est le plus ordinaire, vive à son début, la douleur siége le plus souvent au-dessous du sein et surtout à droite. On l'a rencontrée dans les régions claviculaires, au bas des côtes et dans les hypochondres; elle est exaspérée par la toux, l'inspiration, le mouvement, la pression intercostale, et surtout par le décubitus sur le côté où elle existe.

En général, la respiration est accélérée, incomplète et difficile. La dyspnée varie suivant l'idiosyncrasie du malade et l'étendue de l'inflammation. La phlegmasie des lobes supérieurs donne lieu, toutes choses égales d'ailleurs, à une dyspnée plus considérable que celle produite par l'inflammation des lobes inférieurs. Disons à l'avance que le râle que nous décrirons sous le nom de *crépitant*, et la respiration sous celle de *bronchique*, etc., persistent, terme moyen, plus long-temps dans la première que dans la seconde. Le médecin doit toujours tenir compte de la fréquence de la respiration; ce seul caractère lui suffira souvent pour juger si la maladie a augmenté.

A la dyspnée et aux autres symptômes précédens se joint une toux d'abord sèche, plus ou moins fréquente et douloureuse, bientôt suivie d'une expectoration de crachats qui sont pathognomoniques; et ils le sont tellement, selon un professeur particulier de médecine clini-

que, que tous les autres symptômes venant à manquer, ce qui n'a lieu que dans une légère pneumonie centrale, seuls ils suffisent pour faire diagnostiquer l'inflammation pulmonaire. Paraissant assez souvent dès le début de la maladie, les crachats, d'abord écumeux, transparens et visqueux, forment une nappe au fond du vase lorsqu'on l'incline, et y adhèrent; souvent on les voit former une masse tremblotante et gélatiniforme. On ne peut assigner l'époque à laquelle ils deviennent caractéristiques; tantôt en effet ils le sont dès le début, tantôt ils ne le sont que plus tard; quoi qu'il en soit, ils se rouillent, c'est-à-dire leur teinte devient rouge-foncé, safranée, verte et jaunâtre, suivant la quantité du sang qui se trouve intimement uni et mélangé au mucus. D'autres fois, on les voit perdre leur aspect gélatiniforme, leur grande viscosité, leur teinte rouillée, et ne plus être formés que par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, d'un rouge-brunâtre plus ou moins foncé, quelquefois même tout-à-fait noir, assez semblables enfin à du jus de réglisse ou de pruneaux. Très-souvent ces crachats coïncident avec une pneumonie au troisième degré; je ne les ai jamais bien vus que deux fois. Si la maladie est au même degré dans tous les points qu'elle occupe, on conçoit que les crachats puissent présenter une homogénéité parfaite. Dans la pneumonie du lobe supérieur, leur caractère pathognomonique persiste, terme moyen, pendant dix jours, et pendant sept dans celle du lobe inférieur. L'inflammation se dissipe-t-elle? ils deviennent rares, moins rouillés et moins visqueux : aussi le malade expectore-t-il aisément. Quand, au contraire, l'inflammation n'est point enrayée, ils acquièrent une telle viscosité, que souvent le malade ne peut les rendre; alors ils remplissent les bronches, la trachée, et causent l'asphyxie. D'autres fois, vingt-quatre heures avant le terme fatal, on les voit opaques, plaqués et d'un gris-rougeâtre sale. Dans le cours de la maladie, y a-t-il récrudescence de l'inflammation? ils deviennent plus rouillés et plus visqueux, ce que j'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois, une entre autres chez un éléve en pharmacie (salle Saint-Joseph, n°. 4, clinique de la Pitié); ses crachats avaient perdu

leur viscosité, leur couleur rouillée, lorsque tout à coup ils reprirent leur premier état; en même temps reparurent, pour ne parler que des symptômes que j'ai décrits jusqu'alors, une grande fréquence du pouls qui en même temps s'est développé; la perte de l'appétit, qui était revenu; une plus grande dyspnée, caractérisée par de fréquentes respirations, plus de toux, suivie d'une expectoration difficile de crachats très-visqueux, d'un rouge verdâtre.

Les crachats ne sont pas les seuls signes utiles à connaître dans cette maladie; il en est d'autres encore fournis par la percussion et l'auscultation.

Dans l'engouement, la résonnance diminue, le son perd de sa clarté; le plessimètre seul alors indique ces phénomènes. A mesure que la maladie marche, la sonoréité s'efface et finit par disparaître; la matité augmente de plus en plus, l'élasticité disparaît; enfin le doigt qui frappe le plessimètre fait percevoir une sensation telle, qu'elle seule suffit pour faire affirmer qu'il y a une induration quelconque dans le poumon. Que de fois n'ai-je pas vérifié ce fait ! Tous ces symptômes peuvent occuper un point plus ou moins étendu, et ils ont ceci de caractéristique, qu'ils ne changent point de place, quelle que soit la position qu'on fasse prendre au malade. (Voyez *Pleurésie* et *Phthisie.*) Quand la pneumonie est centrale, le plessimètre peut encore l'indiquer; mais il faut la réunion de deux choses : 1°. pneumonie au deuxième degré; 2°. une percussion forte. Dans l'engouement, le poumon, n'étant point assez compacte, ne peut, surtout dans le cas présent, que rarement donner lieu à une légère diminution du son : d'un autre côté, la percussion légère n'indique l'état que de la lame superficielle du poumon. Le nommé Antoine, artiste du théâtre Saqui, placé le 14 août 1832 à la salle Sainte-Anne (clinique de la Pitié), offrit les phénomènes suivans : Le jour de son entrée, il n'avait ni point de côté, ni toux, ni crachats, mais de la fièvre jointe à de la dyspnée; l'auscultation ne donnait absolument rien, pas même une respiration puérile, où le plessimètre, percuté fortement, trouva une matité évidente; on soupçonna une pneumonie, qui le lendemain fut de toute

évidence. Mais, disons-le, cette habileté dans la percussion est difficile à acquérir ! La diminution de la matité et de la résistance au doigt indique le décroissement de la maladie; l'auscultation, de son côté, est aussi très-intéressante; étudions-la donc avec soin. Dès le début de la maladie, elle fait reconnaître que la respiration vésiculaire est altérée, qu'elle est mêlée à un râle qu'on a comparé au bruit du sel marin qui décrépite sur le feu; on le nomme *râle crépitant*, et mieux *râle vésiculaire*. A mesure que l'inflammation fait des progrès, il devient plus prononcé et finit par masquer entièrement le bruit vésiculaire; si la pneumonie se résout à cette époque, il diminue, et la respiration reparaît jusqu'à ce qu'elle ait recouvré son ton naturel. Dans un cas, le râle crépitant, qui, suivant un auteur moderne, a une durée plus longue dans l'inflammation du lobe supérieur que dans celle de l'inférieur, m'offrit le caractère suivant : faible et humide, il changeait de place; ainsi, où l'oreille venait de le faire percevoir, une minute après on ne le rencontrait plus, puis peu à peu il reparaissait. La marche de la maladie ne laissa aucun doute sur sa nature. (Des mucosités s'accumulent-elles dans les grosses bronches, le râle devient muqueux, se rapproche du gargouillement, et est quelquefois entendu à distance.) Quand l'hépatisation ou ramollissement rouge remplace l'engouement, quelquefois l'oreille ne perçoit aucun bruit, quoique les côtes continuent à s'élever comme dans l'état normal (ce qui n'a pas lieu, comme nous le dirons, dans un grand épanchement pleurétique); mais le plus souvent on entend un bruit très-fort, semblable à celui qui a lieu lorsqu'on souffle dans un tube. On l'a nommé *souffle tubaire*, et mieux *respiration bronchique*, ce nom indiquant le lieu où il se passe. Ce phénomène se produit parce que l'air ne peut s'introduire dans les dernières ramifications bronchiques. Ainsi que la respiration, la voix éprouve des modifications. Si l'oreille est appliquée sur la poitrine au point qui correspond à la maladie, on entend pendant que le malade parle un retentissement non articulé mais quelquefois très-fort de la voix, qui n'a pas lieu, ou seulement d'une manière

sourde, à l'état sain ; il porte le nom de *bronchophonie*. La maladie se termine-t-elle d'une manière heureuse, la bronchophonie, qui quelquefois est entendue par l'auscultation à distance, et le souffle bronchique, cessent et sont remplacés par le râle crépitant humide. L'auscultation ne borne pas à ceux-là ses précieux renseignemens : ainsi elle fait entendre une respiration vésiculaire forte, un grand développement des vésicules à chaque inspiration (à ces caractères on reconnaît la respiration puérile), non-seulement dans les points circonvoisins de celui qui est malade, mais encore dans l'autre poumon, quand l'un est largement enflammé.

Jetons un coup-d'œil rapide sur tous ces symptômes. Le trouble de la circulation et des fonctions digestives, la dyspnée et la toux ne sont pas caractéristiques; les crachats le sont, puisqu'ils ne se montrent tels que dans cette maladie. La matité fait distinguer la pneumonie de la bronchite et de l'emphysème, et même de l'épanchement pleurétique dans certains cas, qui sont ceux qu'on rencontre le plus souvent, mais ne peut seule empêcher qu'on ne confonde cette inflammation avec une masse tuberculeuse, par exemple. Passons aux signes fournis par l'auscultation. *Râle crépitant :* j'ai cité un cas où il fut très-faible et très-mobile. MM. *Chomel* et *Louis* pensent qu'il peut manquer; de plus, on le rencontre dans la bronchite aiguë (*Andral*) et dans l'asphyxie par écume bronchique (*Piorry*). La respiration bronchique peut être naturelle ; le n°. 6, salle Saint-Joseph m'en offrit un bel exemple. Quant à la bronchophonie, que de fois il est difficile de ne pas la confondre avec d'autres altérations de la voix que nous aurons occasion de décrire plus tard !

Il est une forme de pneumonie à laquelle M. *Piorry* a donné le nom d'*hypostatique*, et que ce médecin montre souvent à la clinique de la Pitié, où il voulut bien me prendre pour son chef de clinique, lorsqu'il était professeur par intérim. Très-insidieuse à son début, et très-souvent mortelle, elle mérite d'être étudiée avec soin. En vertu des lois de la pesanteur, le sang tend à séjourner dans les parties déclives du corps ; c'est ce qui arrive dans les poumons. Peu à peu il s'amasse dans leur partie postérieure et inférieure; celle-ci se conges-

tionne, s'hypérémie, et, lorsque cette hypérémie est parvenue à un certain degré, l'inflammation arrive, et cela sans symptômes généraux. Au début, le malade ne se plaint ni de douleurs, ni de dyspnée, ni de toux, ni de fièvre; c'est là ce qui trompe souvent le médecin, qui ne reconnaît le mal que lorsqu'il est déjà au-dessus des ressources de la thérapeutique. Si, au bout de deux à trois jours, et souvent même d'un seul, qu'un malade garde la position horizontale, on vient à percuter la poitrine en arrière, on reconnaît qu'elle perd de sa sonoréité, de son élasticité, ce qui augmente toujours si la même attitude est conservée. Bientôt ces phénomènes deviennent aussi apparens que dans la pneumonie franche au deuxième degré. L'auscultation fournit des symptômes non moins intéressans que ceux donnés par la percussion. D'abord la respiration vésiculaire paraît moins forte, puis elle devient en quelque sorte humide; bientôt elle est mêlée à un léger râle sous-crépitant, qui, de plus en plus manifeste, finit par la masquer entièrement; alors il est crépitant. Ce n'est qu'à cette époque que la toux se déclare accompagnée de quelques crachats rouillés, et que la dyspnée et la fièvre surviennent, ainsi que la respiration bronchique et la bronchophonie. C'est surtout dans cette pneumonie que la langue, les lèvres et les gencives se couvrent de fuliginosités.

Pleurésie.

Dès l'invasion de l'inflammation de la plèvre, qui se signale ordinairement par un point de côté dit *pleurétique*, la peau devient chaude, le pouls s'accélère et acquiert de la dureté. *Pulsûs durities est signum ferè infallibile...* (*Baglivi*, *Vaidy*, Dictionnaire des sciences médicales). La fièvre suit la marche de la phlegmasie: ainsi, celle-ci est-elle à l'état aigu? la peau est chaude, le pouls serré et fréquent, l'inflammation se modère-t-elle? on voit la peau perdre de sa chaleur et le pouls de sa dureté; mais il conserve toujours de la fréquence, qui est manifeste le soir surtout, époque à laquelle la température de la peau s'élève aussi. Enfin, il arrive un moment où le malade est presque sans fièvre, quoiqu'il ne soit pas entièrement guéri. Comme dans la pneumonie, le sang tiré de la veine est couenneux, la sécré-

tion urinaire diminuée, troublée et pervertie; quand la maladie est chronique avec épanchement, la nutrition se trouble, le marasme survient; rarement les facultés intellectuelles sont atteintes.

La douleur qui, comme je l'ai déjà dit, annonce l'invasion de la maladie, est un des signes les plus constans; c'est celui qui affecte le plus le malade, et dont il se plaint davantage. Je n'ai encore rencontré que deux malades se plaignant d'un double point de côté existant en même temps à droite et à gauche. Le siége de prédilection de la douleur est au-dessous du sein, surtout à droite; on l'a rencontrée dans le creux de l'aisselle et sous la clavicule. Je l'ai vue une fois dans la fosse sous-épineuse, une autre à l'épigastre, et deux autres dans l'hypochondre gauche. Ordinairement vive à son début, elle diminue à mesure que l'épanchement se forme; souvent, après avoir cessé de se faire sentir, elle se montre de nouveau. Son caractère est d'être pongitive, de s'exaspérer par la toux, l'inspiration, le mouvement, la pression intercostale et la percussion. Elle peut manquer entièrement ou être confondue avec la pleurodynie; les symptômes qu'on assigne à cette dernière (inconstance, grande étendue, exaspération par la pression légère sur les côtes et par les mouvemens du bras) sont trop vagues pour servir à la différencier de la pleurésie; la marche seule de la maladie en fournit le signe distinctif.

Le décubitus est rarement indifférent; très-souvent il est diagonal vers le côté malade, qu'il y ait ou non épanchement. Le n°. 7 de la salle Saint-Joseph, atteint d'une pleurésie droite, se tint indistinctement couché sur l'un ou l'autre côté. Il est dorsal quand l'affection est double: frappée d'abord d'une pleurésie gauche, la malade n°. 7, salle Notre-Dame, resta couchée diagonalement à gauche; deux jours après, une pleurésie droite se déclara: tout aussitôt le décubitus fut dorsal. Quand c'est la plèvre diaphragmatique qui est attaquée, les malades se tiennent assis le torse plus ou moins incliné en avant; cependant, la femme Janet, portant à gauche une pleurésie diaphragmatique costale et pulmonaire, et une pneumonie (comme la né-

croscopie le prouva), se tint constamment couchée sur le côté malade; bien plus, j'ai vu une autre malade (n°. 6, salle Notre-Dame), portant la même maladie, qui affecta le plus souvent le décubitus sur le côté opposé à celui où siégeait le mal.

La dyspnée peut manquer; on en trouve plusieurs exemples dans la Clinique médicale. Le plus ordinairement elle existe produite d'abord par la douleur, ensuite par l'épanchement. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ne s'en plaignent point; mais elle n'échappe point à l'œil du médecin; la respiration est en général douloureuse, accélérée et saccadée; parfois la parole est entrecoupée. Quand l'inflammation est costale, la respiration est diaphragmatique. La plèvre qui tapisse ce muscle est-elle seule atteinte, la respiration est costale. Le côté affecté est moins mobile que l'autre, ce qui se rencontre encore dans la pleurodynie et l'hépatite. Après une guérison, la courbure des côtes peut diminuer; j'en ai vu un exemple chez un malade traité par M. *Martin-Solon.*

L'irritation de la muqueuse bronchique accompagne presque toujours la pleurésie; de là, la toux et des crachats.

Je ne puis mieux donner le caractère de la toux qu'en dépeignant celle qu'a présentée le n°. 7, salle Notre-Dame: fréquente, non quinteuse, comme retenue, elle était presque avortée; la parole et le mouvement la faisaient reparaître; la contraction involontaire, subite et passagère des muscles de la face, indiquait qu'elle était douloureuse; une expectoration purement catarrhale et peu abondante la suivait quelquefois; cette expectoration est la plus ordinaire. A l'hôpital de Lunéville, où le médecin et les deux chirurgiens m'accueillent avec bienveillance, un cuirassier me présenta les phénomènes suivans: atteint d'un épanchement pleurétique gauche considérable, comme me le prouvèrent la percussion, l'auscultation et la mensuration, il ressentit tout à coup une vive douleur siégeant en arrière du thorax du côté malade, et peu après il expectora à pleine bouche au moins un litre d'un liquide assez épais, comme verdâtre, d'une odeur alliacée et tellement fétide, qu'on fut obligé de le changer de lit; aussitôt

les signes d'un épanchement d'air dans la cavité pleurétique furent évidens. Il vécut encore un mois environ, remplissant chaque jour une grande partie de son crachoir d'un liquide tout à fait semblable.

Quelquefois dès les premières heures, très-souvent le premier jour de la maladie, l'épanchement se forme. Lorsqu'il n'y a encore que deux à trois onces de liquide, la pression médiate peut signaler sa présence. Le plessimètre, percuté légèrement, trouve tout à fait au bas du thorax et près de la colonne vertébrale une diminution dans la résonnance et peut-être dans l'élasticité, résultats qui ne peuvent être pris pour ceux que donne la percussion du foie et de la rate. C'est ainsi que j'ai vu, au n°. 7, salle Saint-Joseph, M. *Piorry* diagnostiquer un épanchement à droite. Comme aucun autre signe ne me l'indiquait, je fus incrédule. Huit heures plus tard, à la visite du soir, je reconnus la justesse du diagnostic. Quand l'épanchement est plus abondant, le diagnostic plessimétrique est moins délicat. A cette époque, si l'on fait prendre au malade diverses positions, on voit la matité changer de place et suivre l'épanchement. Le malade est-il assis? son thorax du côté affecté donne en arrière et dans une étendue qui est en rapport avec la hauteur du liquide, de la matité et un défaut complet d'élasticité; en avant, de la sonoréité. Faites-le coucher sur le ventre, percutez de nouveau, et vous verrez que la matité a changé de place avec la sonoréité. Je me suis convaincu par moi-même de la vérité de ce fait. A gauche, le cœur peut produire de la matité dans le coucher sur le ventre; on évite la méprise en faisant incliner le malade sur le côté. On conçoit, d'après ces résultats, qu'on peut donner exactement la hauteur d'un épanchement. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple. En effet, le liquide épanché peut être très-épais, son écoulement embarrassé par des fausses membranes et même circonscrit par elles; enfin, il peut être très-considérable. Dans les deux premiers cas, on évite l'erreur en laissant au liquide le temps qui lui est nécessaire pour tomber dans les parties déclives. (Il en est de même pour les épanchemens abdo-

minaux.) La femme Sazias (août 1832) portait une hydro-pleurésie gauche. Lorsqu'elle était assise, on rencontrait de la matité seulement en arrière du côté malade ; la faisait-on mettre sur ses coudes et ses genoux ? quoique paraissant en avant, la matité persistait en arrière, dans un espace de peu d'étendue, ce qui fit diagnostiquer un épanchement en partie libre et en partie limité par des fausses membranes : l'auscultation vint corroborer le diagnostic. Dans le cas où l'épanchement est très-considérable, M. *Piorry* dit qu'on rencontre de la sonoréité sous la clavicule, endroit où se trouve refoulé le poumon ; mais dans ce cas le déplacement ne pouvant plus avoir lieu, on peut confondre l'épanchement avec une inflammation au deuxième degré de tout le poumon. Quoique la percussion montre que dans cette hydro-pleurésie le foie et le cœur soient déviés (ce qui n'a pas toujours lieu pour le foie, comme je l'ai observé au n°. 6 de Notre-Dame), on doit avoir recours à d'autres moyens d'investigation, que je ferai connaître plus bas.

Si la percussion est utile pour reconnaître une pleurésie, l'auscultation ne l'est guère moins ; l'on doit étudier avec soin les phénomènes variés qu'elle fournit, et dont la connaissance n'est pas encore assez répandue dans le monde médical.

Dès le début de la maladie, surtout si la douleur est violente, la force du bruit respiratoire diminue où se trouve le point douloureux, ce qui se rencontre encore dans la pleurodynie ; à mesure que l'épanchement se forme, il continue à devenir de plus en plus faible, tandis que, du côté opposé, il devient bruyant comme dans la pneumonie. Lorsque le liquide est très-abondant, on ne l'entend plus que dans des points qui varient suivant les différentes positions que le poumon refoulé peut affecter. Le liquide épanché est-il peu abondant, ou existe-t-il des fausses membranes ? l'auscultation pratiquée, lorsque le malade est couché sur le ventre, fait reconnaître un bruit très-marqué, qui a lieu alternativement de haut en bas et de bas en haut, dans les mouvemens d'expirations et d'inspirations, et d'autant plus rapide et marqué que les mouvemens respiratoires sont plus vites et

plus étendus. Je crois avoir reconnu deux fois ce nouveau signe, indiqué par M. *Reynaud*. La présence du liquide n'empêche pas d'entendre les différens râles que produisent les mucosités accumulées dans les bronches. La respiration vésiculaire peut être non-seulement nulle ou faible lorsque l'épanchement est abondant, mais encore transformée en respiration bronchique. Ce dernier phénomène est dû à ce que l'air ne peut pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques, vu la compression qu'exerce le liquide sur le poumon.

Les modifications qu'éprouve la voix des pleurétiques ne sont pas moins intéressantes à étudier que celles que fournit la respiration.

Si la voix du malade est sourde et voilée, n'importe la quantité du liquide, l'oreille, appliquée sur le thorax, ne fait rien entendre de remarquable; mais le plus ordinairement, en passant au travers de l'épanchement, la voix est accompagnée ou suivie d'une résonnance toute particulière, qui est aiguë, aigre, comme tremblotante et saccadée; c'est là l'égophonie. Cette modification de la voix ne se rencontre que lorsqu'il se joint une pneumonie à la pleurésie. (*Reynaud*, Journ. hebd., n°. 65.) Suivant le même observateur (thèse inaugurale), quand l'inflammation du poumon se joint à celle de la plèvre, les symptômes de la première, fournis par l'auscultation, sont les suivans : le malade étant couché sur le ventre, on entend du râle crépitant où auparavant il n'était point perçu, et de plus l'égophonie se transforme en bronchophonie; j'ai eu plusieurs fois l'occasion de me convaincre de ce fait. Souvent l'égophonie n'est plus un chevrotement, mais un bruit tout à fait analogue à la voix du Polichinelle. Il peut arriver que les nombreuses variétés dans la résonnance de la voix ne soient point pathologiques, ce que j'ai eu occasion de voir chez un malade qui portait une pneumonie et dont j'ai parlé plus haut; mais alors, il est un moyen assuré d'éviter l'erreur, c'est de ne pas se prononcer avant d'avoir entendu aussi la voix du côté sain.

Si la maladie rétrograde, tous ces symptômes disparaissent; ainsi, la matité occupe un espace de plus en plus petit, et finit par dispa-

raître ; la sonoréité et l'élasticité reviennent, l'égophonie et la respiration bronchique sont remplacées par une respiration d'abord faible, puis vésiculaire ; en même temps celle du côté non malade perd de sa force, et revient à son état normal.

Voyons quels sont les autres moyens indiqués pour diagnostiquer un épanchement : M. *Reynaud* a remarqué que la main appliquée sur les parois du thorax ne ressent que peu ou point de vibrations.

Quelquefois la dilatation du côté malade est tellement grande (on ne l'a jamais vue dépasser de plus d'un pouce et demi la normale), que la vue seule suffit pour la reconnaître. Quand cette dilatation n'est pas portée à un haut degré, la mensuration peut la faire reconnaître ; la dilatation des parois de la cavité thoracique n'est pas toujours en rapport avec la quantité de liquide épanché. A l'ouverture du n°. 6, salle Notre-Dame, chez lequel la mensuration la plus minutieuse ne put montrer une augmentation de la cavité droite de la poitrine, on trouva une pneumonie au troisième degré dans les trois lobes ; et, en plus, un épanchement d'au moins ℔ j ß. Le foie n'était point abaissé, ce qui est rare dans des cas pareils ; mais le médiastin était refoulé à gauche, ce qui avait été reconnu pendant la vie.

Un médecin proposa, il y a quelques années, la fluctuation périphérique ; voici comment on doit la pratiquer : on applique un doigt entre deux côtes, n'importe que les espaces intercostaux soient bombés, et, à peu de distance de là, on percute avec un autre. La matité qui se déplace et l'égophonie suffisent pour qu'on ne confonde pas l'épanchement pleurétique avec la bronchite et l'emphysème pulmonaire. J'ai déjà indiqué la marche à suivre, pour ne pas confondre la pleurésie avec le rhumatisme des parois thoraciques. Il reste encore le diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie. Les symptômes généraux, tels que le décubitus, la fièvre, la dyspnée et la toux, sont insuffisans pour l'établir ; restent donc les symptômes locaux. La *douleur*. Ce symptôme est encore insuffisant. *Matité*. Dans la pneumonie, elle occupe toujours le même lieu, quelque position que le malade vienne à prendre ; dans la pleurésie, elle occupe, le

plus souvent, la partie la plus déclive du thorax, et change de place avec la sonoréité ; il est vrai qu'elle peut rester fixe, au lieu où on la rencontre ; mais, dans ce cas, elle est assez bien limitée et persiste longtemps. Dans la pleurésie, la matité commence à se faire sentir à la partie inférieure du thorax, et s'élève chaque jour tant que l'inflammation n'est point enrayée. L'épanchement est-il très-considérable, il peut être confondu avec une pneumonie de tout un poumon ; cependant, quand c'est le poumon qui est malade, la matité se rencontre dans toute l'étendue des parois de la cavité qui le renferme ; tandis que dans un épanchement considérable, on trouve toujours de la sonoréité dans la région claviculaire (procédé opératoire) ; uni à d'autres symptômes, le râle crépitant est caractéristique dans la pneumonie ; ainsi, dans les mêmes circonstances, l'égophonie l'est dans la pleurésie. Je ne dirai rien des crachats, ni des signes de la pneumonie coïncidant avec la pleurésie, en ayant déjà parlé longuement.

Phthisie pulmonaire.

Quoi de plus insidieux et de plus trompeur quelquefois que le début de la phthisie pulmonaire ! Combien de fois à cette époque les symptômes locaux sont-ils nuls ! et cependant, c'est dès son principe qu'on doit l'attaquer avec énergie. Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans le rapport de cinq à trois, elle est le triste apanage de la jeunesse et de l'âge adulte. *Tabes maximè fiunt ab anno octavo decimo usque ad quartum trigesimum* (Hipp.). Sur un relevé de trente-quatre cas de phthisie (voyez la thèse de M. *Piorry* pour plus de détails), j'ai trouvé que le terme moyen de l'âge était entre trente-quatre et trente-six ans. Un peu moins du quart des tuberculeux portent les signes des scrophules ; chez ceux-ci, la maladie se déclare de bonne heure, et débute environ dans la moitié d'une manière aiguë ; chez les malades non scrophuleux, l'invasion aiguë est à l'invasion lente environ comme 3 : 1. Sur quarante-neuf phthisiques, je n'en ai trouvé que neuf qui paraissent avoir eu des parens, soit père

ou mère, frère ou sœur, atteints de la même affection. Chez les scrophuleux, la maladie marche plus lentement que chez les autres. Je vais rapporter une observation dans laquelle on aura toute tracée la constitution qu'on dit accompagner assez souvent les tubercules pulmonaires : cette observation offrira encore de l'intérêt sous plusieurs autres points de vue. Caroline Malherbe, âgée de seize ans, non réglée, ouvrière en dentelles, habitant une grande chambre bien éclairée, est issue de parens morts entre vingt-huit et trente ans. Sa physionomie est heureuse ; ses yeux bleus sont vifs et ses cils longs : une légère teinte rosée colore ses pommettes et fait ressortir la blancheur d'une peau très-fine. Son esprit paraît pénétrant, sa constitution faible et délicate. Ses membres sont grêles, son cou allongé, sa poitrine étroite, ses épaules élevées et projetées en avant (*instar alarum*). Ses doigts, un peu fusiformes, portent des ongles très-convexes transversalement et perpendiculairement ; leur matrice est à peine recouverte par la peau ; leur extrémité libre imite un peu la griffe. Sujette au rhume, il y a quatre années elle eut un mal de gorge accompagné de toux, de fièvre, et suivi de crachemens de sang. Tous ces accidens se calmèrent et reparurent un mois avant son entrée à la clinique de la Pitié, dans les premiers jours de mai; le mal de gorge seul ne revint point. Depuis lors, la toux persiste ; elle est grasse, suivie d'une expectoration facile de nombreux crachats opaques, nummulaires, nageant dans la salive, au milieu de laquelle on voit épars quelques petits grumeaux. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien de morbide des deux côtés, en avant de la poitrine ; mais en arrière, en haut, au-dessous des fosses sus et sous-épineuses, on rencontre de la matité avec résistance au doigt; là, à droite, il y a de la pectoriloquie, et, à gauche, du râle caverneux. A droite, entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, vers le milieu de la hauteur de cet os, existe une plaie d'une ligne et demie de diamètre, environnée d'un décollement de peau : c'est l'orifice d'un trajet fistuleux qui s'élève vers le premier espace intercostal, et qui laisse échapper un peu de liquide. Par l'auscultation à distance, lors de la

toux, on entend un sifflement uni à du râle muqueux produit par la sortie précipitée de l'air à travers cette ouverture, et qui, mêlé au liquide coulant par la plaie, le rend écumeux; par l'auscultation médiate, ce bruit est si perçant, si aigu, que l'oreille fuit aussitôt qu'il arrive jusqu'à elle. Il y a dix-huit mois, la malade ressentit une douleur siégeant dans l'épaule droite (au niveau de cette ouverture); un abcès se montra: il fut ouvert, et ne tarda pas à se cicatriser. Deux autres fois on l'ouvrit de nouveau, la dernière il y a six mois; depuis ce moment l'ouverture a persisté. Tels sont les renseignemens que je pus obtenir de la jeune Malherbe, sur l'origine de cette ouverture fistuleuse. La malade a des sueurs nocturnes sur la tête; le dévoiement a paru depuis quelques jours. Dans cette observation, qui nous offre un phénomène rare, nous voyons en outre un exemple de cette constitution qu'on dit être propre à la phthisie, et de cette altération des ongles qui accompagne toujours les tubercules pulmonaires. Je dis toujours, car je l'ai toujours rencontrée; et, sur une quarantaine de phthisiques que je viens d'examiner dans cette intention, elle n'a pas manqué une seule fois; elle m'a paru moins sensible chez les femmes que chez les hommes. Elle existe très-souvent avant la fonte des tubercules; c'est ainsi que je l'ai vue chez une femme qui avait de fréquentes hémoptysies, et chez laquelle on ne trouvait pour toute lésion locale qu'une très-légère matité sous la clavicule; il n'y avait point encore de sueurs nocturnes. Non-seulement la forme des ongles est modifiée, mais encore leur couleur et leur poli; aussi paraissent-ils ternes et rugueux. La phthisie pulmonaire est le plus ordinairement, mais avec des degrés variables de fréquence, précédée de l'un des trois états suivans : 1°. une simple inflammation de la muqueuse des voies aériennes ; 2°. une ou plusieurs hémoptysies ; 3°. une inflammation du parenchyme pulmonaire (*Andral*). Les deux observations suivantes ne seront pas, ce me semble, déplacées ici: 1°. Pauline Malezieux, âgée de quatre à cinq ans, placée le 31 juillet dernier au n°. 16, salle Notre-Dame, pour l'ophthalmie purulente sur laquelle j'ai donné quelques détails dans la Lancette (août 1832), mourut au bout de

vingt-six jours après avoir eu la rougeole, qui, parue le 6 août, eut une marche très-irrégulière. Cet exanthème était accompagné de toux. A sa nécropsie, je trouvai de nombreux tubercules dans son poumon droit. 2°. La fille Marois, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution robuste, issue de parens bien portans, et ayant des frères et sœurs qui ne toussent ni ne crachent du sang, présenta, à son entrée à la clinique de la Pitié, les symptômes suivans : signes de tubercules pulmonaires : sueurs nocturnes sur la figure et la poitrine, dévoiement et grand amaigrissement ; en arrière, au sommet du poumon droit, matité et résistance au doigt dans un espace assez bien circonscrit; respiration faible, râle muqueux, bronchophonie ; toux suivie d'une expectoration facile de crachats opaques, jaunâtres et nummulaires. Marois, interrogée à diverses reprises et par plusieurs personnes, nous donna les renseignemens suivans : à dix-huit ans, elle eut une fluxion de poitrine à gauche qui fut bien guérie; à vingt-deux ans, elle en eut une autre à droite, caractérisée, comme la première, par de la fièvre, un point de côté, des crachats sanguinolens et par de la toux. Depuis cette dernière, la toux a toujours persisté, et, après un temps, dont l'époque ne put être fixée, des hémoptysies survinrent au moment des règles. Dans ces deux cas, il est de toute évidence que la maladie débuta d'une manière aiguë. Quoi qu'il en soit, il faut nécessairement admettre une prédisposition. Quand la phthisie ne paraît point d'une manière aiguë, le malade est long-temps sans fièvre; mais elle finit toujours par arriver ; d'abord faible et ne se montrant qu'à des époques éloignées, elle ne tarde pas à se faire sentir tous les jours, puis à devenir continue, puis à redoubler tous les soirs et après les repas. Le pouls n'est large ou serré que quand le poumon ou la plèvre viennent à s'enflammer ; lorsqu'il est intermittent ou irrégulier, il y a coïncidence avec la phthisie d'une maladie du cœur ou de l'aorte.

La sueur est un des phénomènes les plus constans qui accompagnent le ramollissement des tubercules. La poitrine, le cou, la figure et le cuir chevelu se couvrent, d'abord le matin, d'une légère transpiration ;

bientôt celle-ci devient tellement abondante, qu'on la voit ruisseler sur le malade dès qu'il cède au sommeil. Ce n'est guère que sur la fin de la maladie que le phthisique éprouve la privation de ce dernier, causée par la toux et les sueurs.

Dès que la matière tuberculeuse se ramollit, toute l'économie en est ébranlée ; les fonctions du tube digestif se troublent ; la soif s'allume, les digestions deviennent lentes, incomplètes et douloureuses ; quelquefois il y a des vomissemens ; le dévoiement ne tarde pas à paraître ; d'abord intermittent, bientôt il devient continuel et ne cède plus qu'aux moyens thérapeutiques ; enfin, rebelle à tout remède, il n'abandonne le malade qu'avec la vie. La quantité des matières alvines est en raison inverse des sueurs : plus celles-ci sont abondantes, moins le phthisique a de selles, *et vice versâ ;* ce qui fut très-évident chez la fille Diot, placée au n°. 5, salle Notre-Dame. La lésion du canal intestinal peut avoir lieu : 1°. ou avant celle du poumon, 2°. ou en même temps qu'elle, 3°. ou dans la dernière période, 4°. ou enfin manquer (*Andral*). J'ai rencontré deux phthisiques atteints de fistule à l'anus, le premier lorsque j'etais externe à la clinique chirurgicale de la Charité, le second à la clinique de M. *Piorry :* chez ce dernier elle était borgne externe.

Les sueurs, l'insomnie, le trouble des fonctions digestives, ne tardent pas à montrer leurs effets ; la peau se ride, devient rude ; les forces se perdent, le marasme arrive, les facultés intellectuelles s'éteignent, quelquefois l'espoir de recouvrer la santé n'abandonne le malade qu'avec la vie !!!

La douleur n'existe que lorsque la plèvre ou le poumon vient à s'enflammer ; autrement le malade ne se plaint que d'un poids entre les épaules ; il n'est pas rare de rencontrer des phthisiques qui éprouvent de la douleur à la gorge ; chez un dixième des phthisiques, la gêne de la respiration précède la toux (*Louis*) ; quelquefois elle paraît avec elle ; dans un certain nombre de cas, elle ne se manifeste qu'après le début de la maladie. Les malades se plaignent ordinairement d'oppression ; il en est qui n'accusent aucune dyspnée ; chez plusieurs, on ne l'aperçoit

que quand ils se livrent à des mouvemens. Je viens d'observer une malade qui se tient toujours assise dans son lit (n°. 5, salle Notre-Dame). Bon nombre de causes peuvent augmenter la dyspnée : une affection morale (clinique médicale), l'état électrique de l'atmosphère; c'est ainsi que le 11 mai dernier, jour où il y eut un fort orage, trois tuberculeux se plaignirent d'une augmentation de leur dyspnée. La plus fréquente est l'inflammation de la plèvre et du tissu pulmonaire : je ne dois pas oublier non plus l'époque des règles. Chez tous les phthisiques tombés dans le marasme, et qui ont une grande dyspnée, on voit le larynx exécuter de grands mouvemens d'ascension et d'abaissement pendant l'élévation et l'abaissement des côtes.

La toux, qui peut manquer (clin. méd.), ordinairement petite et sèche, dans le principe devient humide à mesure que des cavernes se forment; souvent quinteuse, elle prive les malades de sommeil; quelquefois elle est tellement forte, qu'elle s'accompagne de vomissemens, ce qu'il n'est pas rare de voir.

Au début de la maladie, et tant que les tubercules ne se ramollissent point, les crachats sont les mêmes que ceux que j'ai décrits à l'article *Bronchite ;* mais quand la matière tuberculeuse fond, on trouve, mêlée aux crachats muqueux, une matière blanche, sous forme tantôt de stries, tantôt de petits grumeaux blancs, qui, suivant la remarque de *Bayle ,* ressemblent à du riz cuit : cette matière, il est vrai, peut venir des amygdales. Des cavernes existent-elles? voici l'aspect que présentent le plus souvent les crachats, et qui est presque caractéristique. Je décris ceux d'un malade que j'ai sous les yeux : opaques, jaunes, verdâtres, arrondis; les uns gagnent le fond du vase, où se trouve une grande quantité d'un liquide mousseux et peu transparent; d'autres nagent à la surface de ce liquide; ils sont très-distincts, nummulaires et de différentes largeurs, ce qui dépend probablement de l'ampleur des cavernes et du calibre des tuyaux bronchiques à travers lesquels ils passent. Chez d'autres malades, ils sont jaunes, opaques, d'une odeur fade, nauséeuse, et ne nagent point dans de la salive. Enfin, on en voit qui tout à coup deviennent plaqués, cendrés et d'un gris rougeâtre :

ils sont d'un mauvais augure; ils précèdent d'un ou deux jours la mort, ce dont j'ai pu me convaincre plusieurs fois. On a donné le nom de *vomique* à une expectoration subite d'une grande quantité de pus, résultat de l'évacuation d'un gros tubercule. La petite Gallois, âgée de huit ans (placée le 31 juillet 1832, pour une ophthalmie purulente, au n°. 7 de la salle Notre-Dame), eut la variole; pendant le cours de cette maladie, il lui survint de l'enrouement accompagné d'une toux d'abord sèche, bientôt suivie de crachats semblables à ceux que j'ai décrits ci-dessus, et cependant elle n'était point phthisique : je l'ai revue quatre mois après. De là l'épithète de presque caractéristique.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme dans le rapport de trois à deux, et reconnaissant trois sources différentes, les bronches, le tissu pulmonaire et les parois des cavernes, l'hémoptysie précède et accompagne souvent les tubercules pulmonaires; on la rencontre chez les quatre cinquièmes des phthisiques; quelquefois elle manque. Plusieurs individus, quoique ayant craché du sang, n'ont point eu de tubercules. Tantôt elle paraît au début de la phthisie et en est le premier signal. Chez les uns, ce n'est qu'après plusieurs hémoptysies que la phthisie se déclare; chez d'autres, elle ne paraît que lorsque la présence des tubercules est déjà confirmée; quelques malades, enfin, ne crachent du sang qu'avant leur mort.

Quand le poumon ne contient encore que quelques petits tubercules, soit crus, soit ramollis, et que le tissu pulmonaire circonvoisin n'est point induré, la percussion médiate ne découvre rien; mais lorsqu'il y a agglomération de ces productions organiques et qu'ils sont environnés d'un parenchyme pulmonaire non perméable à l'air, la matité est de toute évidence, et le doigt qui frappe le plessimètre éprouve une résistance plus ou moins marquée. On doit percuter non-seulement dans les régions sus ou sous-claviculaires, mais encore dans celles qui correspondent au creux de l'aisselle et aux fosses sus et sous-épineuses : dans ces deux dernières la matité est très-fréquente. Comme dans la pneumonie, la matité ne change point de place, quelque position qu'affecte le malade quand on le percute;

quand elle est causée par une masse tuberculeuse et que celle-ci vient à être évacuée, on conçoit qu'elle peut disparaître, à moins que le tissu voisin ne soit induré, ce qui a presque toujours lieu. C'est ainsi que peut s'expliquer et que s'explique en effet la présence de la matité là où se trouvent de vastes cavernes. Lorsque, sous le plessimètre fortement appliqué, se rencontre une caverne superficielle contenant de l'air et du pus, et que l'on percute doucement et rapidement pendant que le malade parle, on entend un bruit tout particulier, plus facile à saisir qu'à décrire, appelé *bruit humorique* (*Piorry*), *tintement métallique* (*Martinet*), il est clair, humide, plus ou moins prononcé et accompagné d'une résonnance de creux. Je l'ai rencontré déjà plusieurs fois, une entre autres chez un phthisique (clinique de la Pitié) qui mourut d'un ramollissement du cerveau. De l'obstacle au passage du sang au travers des poumons remplis de tubercules résulte sa stagnation dans les cavités droites du cœur, partant leur dilatation. De là vient que, sous le sternum, dans une étendue plus ou moins grande, le plessimètre trouve la matité sans résistance au doigt, ce qui indique aussi une absence d'hypertrophie; de là vient que les phthisiques se plaignent souvent de palpitations : j'ai vu celles-ci telles, chez une malade (femme Duriot, n°. 13, salle Notre-Dame, août 1832), que son médecin ne la traitait que pour elles, sans s'apercevoir que ses deux poumons étaient remplis de tubercules. (Cette malade prit l'iode sans résultats avantageux.)

Jamais, par l'application de la pulpe des doigts où se trouvent une ou plusieurs cavernes vastes et superficielles, je n'ai pu sentir le frémissement particulier indiqué par M. *Andral*.

Lorsqu'il n'y a encore que quelques tubercules crus, l'auscultation n'est pas plus heureuse que la percussion ; mais sont-ils nombreux et le parenchyme pulmonaire induré? la respiration vésiculaire n'est plus naturelle : en effet, tantôt elle est faible ou nulle, tantôt elle est puérile. Ces signes ne sont pas par eux-mêmes caractéristiques ; mais si la percussion trouve de la matité, ils le deviennent, et le sont d'autant plus qu'ils ne se rencontrent que d'un seul côté

et au sommet du poumon. Ce ne sont pas là les seules modifications du bruit respiratoire que révèle l'auscultation; il en existe encore deux autres assez importantes : appliquez l'oreille où se trouve une masse tuberculeuse, et vous entendez que la respiration ne pénètre plus dans les petits tuyaux bronchiques; en un mot, qu'elle est bronchique. La masse tuberculeuse est-elle évacuée, existe-t-il une ou plusieurs cavernes d'une certaine capacité, peu profondes, contenant point ou peu de liquide, et communiquant avec une large bronche? la respiration est très-forte et a une résonnance de creux; on dirait qu'on vous souffle à l'oreille : on la nomme *amphorique, caverneuse.* Tant que des excavations tuberculeuses n'existent point, les râles qu'on entend dans la phthisie sont les mêmes que ceux que j'ai décrits à l'article *Bronchite.* Sont-elles formées? on rencontre un râle muqueux à grosses bulles, dû à l'agitation du liquide contenu dans les cavernes par l'air qui y entre, et semblable au bruit qu'on produit en soufflant dans de l'eau de savon : à ces caractères l'on peut reconnaître le gargouillement ou râle caverneux. Il peut manquer où peu de temps auparavant il avait été perçu : cela vient de ce que la caverne ne contient plus de liquide; mais alors se manifeste la respiration caverneuse, etc. Tous ces râles, sensibles quelquefois par l'auscultation à distance, deviennent très-apparens par la toux.

Si, pendant que l'on ausculte le malade non encore atteint de cavernes ou seulement de petites, il vient à parler, on entend ce que nous avons décrit sous le nom de *bronchophonie* (*pneumonie*); s'il existe des cavernes, sa voix, d'une manière continue ou intermittente, semble passer tout entière par le stéthoscope : cette modification de la voix porte le nom de *pectoriloquie*, phénomène qui alterne souvent avec le râle caverneux. En effet, la présence du liquide dans une caverne altère la pectoriloquie ou empêche qu'elle n'ait lieu, tandis qu'elle est indispensable pour que le gargouillement soit entendu. La pectoriloquie est d'autant plus parfaite que le tissu qui environne la caverne est plus induré, que celle-là est plus grande, moins anfrac-

tueuse, et que les bronches qui s'y abouchent sont plus grosses. Parfois la parole du malade pectoriloque imite la pectoriloquie, comme le fait remarquer souvent M. *Piorry*.

S'il est une maladie de poitrine dans laquelle les signes généraux sont quelquefois indispensables pour être diagnostiquée, c'est, sans contredit, la phthisie pulmonaire ; car, malgré les précieux et utiles renseignemens que fournissent la percussion plessimétrique et l'auscultation dans sa période avancée, on a souvent à se plaindre de leur insuffisance à son début. Cherchons à la distinguer des maladies avec lesquelles on peut la confondre; commençons par la bronchite chronique et par la dilatation des bronches. *Symptômes généraux.* Si le malade n'éprouve pas de fréquence du pouls, de chaleur à la peau, de soif, de sueurs nocturnes bornées à la tête, à la poitrine; si sa respiration est peu gênée, s'il ne maigrit pas, il est très-probable qu'il ne porte point de tubercules pulmonaires. On en sera convaincu si le plessimètre ne découvre aucune matité. Le râle caverneux n'étant en quelque sorte qu'un degré du râle bronchique humide, il ne peut servir qu'autant qu'on le joint à d'autres symptômes. Le souffle caverneux peut faire différencier la bronchite d'avec la dilatation des bronches et une caverne. En effet, on ne le rencontre que dans ces deux dernières maladies. Ce que je viens de dire du souffle caverneux s'applique à la pectoriloquie. Le bruit humorique n'a encore été rencontré, que je sache (pour la maladie du poumon), que là où est une caverne. (Je ne parlerai point des crachats, ayant déjà discuté leur valeur comme signe dans chaque article.) Les symptômes généraux, l'absence de matité et de modification de le voix dans l'emphysème, ne permettent pas qu'on puisse le confondre avec des tubercules pulmonaires. La phthisie ne peut être confondue avec la pneumonie, que quand celle-ci est passée au troisième degré, et qu'on entend des râles humides, de la bronchophonie qui s'approche de la pectoriloquie, qu'on trouve de la matité qui ne se déplace point, qu'il y a des sueurs, du dévoiement, de l'amaigrissement, et un *facies* jaune, pâle et terreux. Il faut, dans ce cas, recourir aux commémoratifs; ainsi, l'in-

vasion de la douleur, la marche rapide de la maladie, la nature des crachats dans tout son cours.

Pneumothorax.

Quand, chez un phthisique, la matière tuberculeuse se ramollit, il peut résulter, par suite de la fonte d'un tubercule dans la cavité de la plèvre, une perforation du parenchyme pulmonaire, qui s'est rencontrée sous deux formes principales; tantôt il existe, par son intermédiaire, une communication entre les bronches et la cavité de la plèvre; tantôt cette communication n'a point lieu : de là le pneumothorax.

Une douleur, siégeant le plus souvent à gauche, au niveau de l'angle de la quatrième côte, subite, violente, jointe à des étouffemens, à une très-grande dyspnée, et à une anxiété inexprimable, signale le début du pneumothorax. La respiration devient haute, fréquente. Le malade, comme j'ai eu occasion de le voir, se tient ordinairement assis, le torse plus ou moins incliné en avant; sa figure, pâle, fatiguée, est profondément altérée; le pouls est petit et fréquent.

Si l'on percute le thorax du côté affecté, il rend un son très-clair appelé *tympanique*, et qui est pathognomonique. Dans certains cas, tel celui que j'ai cité à l'article *Pleurésie*, le pneumothorax étant accompagné d'un épanchement pleurétique, le plessimètre trouve à la partie déclive de la poitrine un son mat indiquant la présence du liquide, et à la partie supérieure le tympanique, décélant la présence de l'air.

Quelquefois le poumon peut être lié à la plèvre costale dans plusieurs points par des brides celluleuses; alors le son, à peu près naturel dans ces points, offre des différences encore plus tranchées dans ceux où ces adhérences cessent (*Collin*).

Si l'on vient à ausculter où se trouve un épanchement d'air, on n'entend que rarement la respiration, et encore d'une manière

très-confuse et pendant très-peu de temps. L'excavation tuberculeuse ouverte dans la plèvre communique-t-elle avec des bronches? on perçoit dans l'inspiration comme dans l'expiration ce qu'on a désigné sous les noms de *tintement métallique* et *bourdonnement amphorique ;* ce dernier ne s'entend que quand le malade parle.

Lorsqu'il y a en même temps épanchement d'air et de liquide, la succussion de la poitrine donne un bruit déjà connu d'*Hippocrate.*

Le côté où siége l'épanchement est ordinairement dilaté et présente les mêmes particularités que dans l'hydro-pleurésie.

La percussion, donnant un signe pathognomonique, sert à faire distinguer cette maladie de toutes les précédentes. De plus, dans l'emphysème, pour lequel elle pourrait être prise, on entend différens râles et la respiration vers la racine du poumon.

PROPOSITIONS.

I.

Le bruit de soufflet est loin d'indiquer toujours, soit un rétrécissement de l'un des orifices du cœur, soit une induration de ses valvules.

II.

Quand bien même il ne serait entendu que dans la région précordiale.

III.

Quand bien même il y serait constant.

IV.

Je ne pense pas que les concrétions fibrineuses qui se forment soit dans l'aorte, soit dans le cœur, produisent le bruit de soufflet; car, quoique ayant ausculté un très-grand nombre de malades quelques heures avant leur mort, je ne l'ai point entendu, et cependant chez beaucoup j'ai trouvé ces masses polypiformes.

V.

Je n'ai vu qu'une seule péricardite sur le vivant, et dans ce cas j'ai reconnu manifestement le bruit de cuir neuf.

VI.

La majorité des maladies organiques du cœur débute lentement.

FIN.